Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-05-01	**Hasta:**	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		**Número de Documento:**	40428278	
Correo Electrónico:	liliarangurenc@gmail.com		**Número Telefónico:**	3013718689	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1028-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNICO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13803	$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539752**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 538474	711

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 2460448
2	FEBRERO	$ 2460448
3	MARZO	$ 2701144

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 2539752
5	MAYO	$ 2539752

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 17187519**	**$ 12701544**	**$ 4485975**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Gestionar las necesidades de transporte identificadas en el pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE SOLICITA A LOS DIFERENTES ENTORNOS Y COMPONENTES LAS NECESIDADES DE VEHÍCULOS DE ACUERDO CON EL ANEXO 8 Y LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO EBE HOGAR, SECRETARIA DE EDUCACION Y PROYECTOS DE INVERSION LOCAL	-CORREOS- LINEAMIENTOS
2	2- realizar cronograma de asignacion de vehiculos a los diferentes entornos y procesos del pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE REALIZA CALENDARIO DE ASIGNACIÓN DE VEHÍCULOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES	-CORREOS CALENDARIO-CRONOGRAMA
3	3- realizar acompañamiento en campo a los vehiculos asignados al pic, los equipos territoriales y convenios.	-"SE REVISA LA UBICACIÓN DE LOS VEHÍCULOS Y SE REALIZA VISITA ALEATORIA. SE REALIZA VISITA EN LA UNIDAD DE VISTA HERMOSA, CANDELARIA LA NUEVA, SE INSPECCIONA EL ASEO EN LOS VEHICULOS."	-ACTA SE SEGUIMIENTO
4	4- realizar seguimiento al Hacer el Diligenciamiento de las planillas de recorrido diario de los vehiculos.	-SE REALIZA VERIFICACIÓN DE PLANILLAS DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN PARA GENERAR FACTURA, DE LOS CONTRATOS DE TRANSPORTE	-PLANILLAS, FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE FACTURA
5	5- justificar la necesidad de vehiculos de acuerdo a lineamientos y recursos asignados.	-SE REALIZA SOLICITUD A LA EMPRESA QUE INICIA CONTRATO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD DE LOS DIFERENTES PROCESOS SEGÚN LINEAMIENTOS	-CORREOS
6	6- reportar de manera mensual en informes y planillas establecidas, el comportamiento tecnico y financiero de los vehiculos asignados al pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES	-INFORME
7	7- programar y disponer de los vehiculos para las jornadas y contingencias presentadas, asi como participar activamente en el seguimiento y acompañamiento a los mismos.	-SE REALIZA LA ASIGNACIÓN DE LOS VEHÍCULOS DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES PARA LOS FINES DE SEMANA Y LAS DIFERENTES CONTINGENCIAS	-CORREOS
8	8- hacer cronograma de vehiculos con disponibilidad en las horas de la tarde / noche, de acuerdo a las necesidades identificadas y actividades programadas.	-SE REALIZA CRONOGRAMA DE RUTAS A NECESIDAD	-CRONOGRAMA
9	9- apoyar las revisiones periodicas que se realizan a los vehiculos, a los soportes y solicitudes que se realizan por parte de la supervision del contrato de vehiculos.	-SE REALIZA REUNIÓN DE INICIO DE CONTRATO DONDE SE REALIZA REVISIÓN GENERAL DE LOS VEHICULOS RECIBIDOS	-FORMATO DE SEGUIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10- notificar las novedades presentadas con los vehiculos de manera permanente al supervisor del contrato.	-SE INFORMA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LAS NOVEDADES PRESENTADAS	-CORREOS
11	11. apoyar la gestion administrativa del proceso de contratacion del talento humano asignado para el plan de salud publica de intervenciones colectivas — pspic.	-N.A. para este periodo	--N.A.
12	12. participar en la reunion mensual de direccionamiento tecnico convocada por la coordinacion, con participacion de los referentes de los espacios de vida y los procesos transversales.	-"SE PARTICIPA DE LA REUNION CON LOS LIDERES DE ENTORNOS Y COMPONENTES SE REALIZAN LLAMADAS Y MENSAJES CON LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS INFORMADO LAS NOVEDADES DE VEHICULOS PARA EL PERIODO, TENIENDO EN CUENTA EL CAMBIO DE PROVEEDOR"	-"ACTA DE REUNIÓN MENSAJES"
13	13.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-"SE PARTICIPA DE LAS ACTIVIDADES CONVOCADAS POR LA COORDINACION PIC Y LA SUBRED SE PAERTICIPA DE LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA DIRECCION ADMINISTRATIVA CON RELACION AL TRANSPORTE"	-LAS ACTAS QUE SE GENEREN DE ESTAS ACTIVIDADES

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2539752
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	86398790	-		
2025	ABRIL	2025	05	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004870232388

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO	2025-05-23 07:35:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-05-26 15:17:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-05-27 12:05:09

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40428278	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO	carrera 29 D No. 16-10 sur	3006378	liliarangurenc@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	86398790	$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40428278	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		carrera 29 D No. 16-10 sur	3006378	liliarangurenc@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	14/05/2025	86398790	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40428278	ARANGUREN CASTILLO VILMA LILIANA	57	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información